

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

59

N.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JOSEPH-PIERRE-PAUL GIUDICELLI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 Février 1899, à Ajaccio

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Syphilis tertiaire du corps thyroïde

Président de Thèse : M. le Professeur P. SÉBILEAU.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13 Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1931

THÈSE

N.

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JOSEPH-PIERRE-PAUL GIUDICELLI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 Février 1899, à Ajaccio

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Syphilis tertiaire du corps thyroïde

Président de Thèse : M. le Professeur P. SÉBILEAU.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1931

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD.

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE,



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Physiologie	N ..
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	De GAUDART D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	HUGUENIN,
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHT Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
	(Pasteur)
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale	BASSET.....	Clinique chirurgicale
CHIRAY.....		CHEVASSU....	
DEBRE.....		HEITZ-BOYER	
DUVOIR.....		MATHIEU....	
FIESSINGER..		MOCQUOT....	
LAIGNEL-		PROUST.....	
LAVASTINE		SCHWARTZ...	
		LE LORIER...	
MM.			
LEVY-SOLAL.....	Clinique obstétricale		
METZGER.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE ET A MON GRAND-PÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A qui je dois tout.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU

Professeur de Clinique O. R. L. à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur de pré-
sider cette Thèse, et que nous remercions
pour la grande bonté avec laquelle il nous
a toujours accueilli.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR STEVENIN

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette Thèse.
Hommage de profonde gratitude et de vive
reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

PROFESSEUR BEZANÇON

PROFESSEUR GOSSET

DOCTEUR CAUSSADE

PROFESSEUR VILLARET

DOCTEUR OCKINCZIC

PROFESSEUR LEREBoullet

DOCTEUR DESCOMPS (*In Memoriam*)

PROFESSEUR SÉBILEAU

PROFESSEUR BRINDEAU

DOCTEUR STEVENIN

DOCTEUR SOLOMON

Introduction

Au cours de nos études médicales, nous avons pu en de nombreuses occasions nous rendre compte de l'importance pathologique de la syphilis; nous avons été frappés par la diversité de ses formes et l'infinie variété de ses localisations.

C'est à elle qu'il faudra toujours penser lorsqu'un syndrome n'aura pas fait sa preuve, c'est toujours elle qu'il faut rechercher pour pouvoir opposer à des lésions dont le diagnostic et le pronostic restaient douteux, le seul traitement qui leur convienne et qui dans la majorité des cas, se montrera d'une grande efficacité.

Pendant notre stage dans le service du Docteur Stevenin, nous avons eu l'occasion de suivre ainsi une malade qui présentait une localisation de la syphilis au niveau du corps thyroïde.

La nature spécifique de la lésion fut longtemps méconnue et l'on pensa de prime abord à des affections beaucoup plus communes de la glande.

Certes, l'affection est rare; on en compte les cas dans la littérature, et les premières descriptions sont encore récentes.

Mais nous nous sommes demandés si la localisation de la syphilis au niveau du corps thyroïde n'était pas plus souvent méconnue, et le but de ce modeste travail sera de montrer par un nouvel exemple, que la notion de syphilis doit toujours rester présente à l'esprit du clinicien.

Observation

Madame G. B..., 42 ans, vient consulter dans le service en janvier 1926, pour une tuméfaction de la région cervicale apparue dès le mois de septembre 1925.

Dans ses antécédents, on note :

Rhumatisme articulaire aigu généralisé, survenu à l'âge de treize ans, suivi de récides fréquentes; érythème noueux à seize ans et demi.

Pas d'enfants, pas de fausses-couches, pas d'antécédents spécifiques. B. W. négatif en 1925.

A l'inspection, on constate, en effet, une tuméfaction siégeant à la partie supérieure du thorax, en avant et à droite, remontant vers le sterno-cléido-mastoidien, soulevant des témoins d'apparence normale.

A la palpation, la tumeur est assez dure, non douloureuse, du volume d'un œuf de poule; sa consistance est régulière.

Pas de battements, pas d'expansion.

La masse est mobile avec les mouvements de déglutition.

Le siège, les caractères de la tuméfaction font penser à

une localisation thyroïdienne et on poursuit l'examen qui montre :

Un pouls à 90 ;

Un tremblement léger des extrémités ;

L'absence de signes oculaires ;

La malade pèse 67 kil. 800 et n'accuse pas d'amaigrissement durant ces derniers mois. Cependant, elle se déclare très asthénisée et nerveuse.

Les signes cliniques de maladie de Basedow à laquelle on pense, ne sont donc pas très accusés.

On fait un examen du métabolisme basal qui se montre augmenté de + 42 %.

Devant ce résultat, on pose le diagnostic de goitre exophthalmique et l'on prescrit à la malade un traitement par les rayons X.

A cet effet, elle reçoit : quatre séances à huit jours d'intervalle et deux séances en quinze jours.

Le goitre diminue de volume, les forces reparaissent, le pouls est à 80, la malade accuse une grosse amélioration.

Mais au bout de quelques mois, en décembre 1927, la malade revient consulter :

Le goitre n'a pas trop augmenté de volume, la malade n'a pas maigri, mais elle accuse des troubles qui font penser à une gêne intrathoracique :

Douleurs rétrosternales ;

Toux dans le décubitus dorsal ;

Dyspnée facile au moindre effort;

Voix rauque;

Douleurs irradiées dans le bras droit.

L'examen laryngé est négatif.

L'examen radiologique du médiastin ne montre rien d'anormal.

Le métabolisme basal étant augmenté de + 40 %, on fait huit nouvelles séances de radiothérapie.

Le 20 janvier 1928 :

Pouls : 120;

Poids : 73 kilos;

M. B. + 57 %.

En avril, l'amélioration est manifeste, les signes fonctionnels ont presque disparu après des alternatives, mais le goitre persiste encore et semble même grossir.

Juillet 1928. Poids : 75 kil. 800. M. B. + 12 %; la malade est encore traitée par la radiothérapie, elle n'accuse plus des troubles fonctionnels aussi nets qu'en Décembre, mais localement, la masse thyroïdienne a changé progressivement de caractères.

A présent, le cou est déformé par la tuméfaction siégeant à droite.

À la palpation, c'est une masse qui a grossi, dix cm. de long sur quatre à cinq de large, allongée dans le sens du sterno-cléido-mastoïdien, très dure avec quelques points moins résistants, douloureuse à la pression.

Les tissus périglandulaires sont infiltrés et on n'arrive pas à délimiter nettement la tumeur.

Pas de ganglions appréciables.

Le pouls est à 72, et les signes de gêne intrathoracique persistent, mais estompés.

Devant ces signes, on pense à la possibilité d'un néoplasme de la glande thyroïde.

La malade est vue le 13 juillet au Service de Chirurgie de Bichat, où l'on confirme ce diagnostic, en portant un pronostic sévère à raison de l'inopérabilité de la tumeur.

Et cette impression de néoplasme se confirme d'autant plus qu'à partir du mois d'août, la peau immobile sur la tumeur rougit, devient violacée, s'ulcère vers le 20 Août, déterminant bientôt une large ulcération de neuf cm. de long sur quatre de large, à bords rouges indurés saignants, laissant écouler une sanie grisâtre, sans qu'il y ait lieu de penser à une radiodermite, d'après l'avis du spécialiste traitant.

La malade a maigri de six kilos en trois mois.

Elle est revue en Novembre et Décembre 1928, l'état général et local reste stationnaire.

C'est alors, que devant la lenteur de l'évolution, on décide, malgré l'absence complète d'antécédents et de stigmates spécifiques, à tenter un traitement d'épreuve, et la malade reçoit au début de Décembre 1928 une première série de cyanure de mercure.

Dès les premières injections, la tumeur fond à vue d'œil,

et vers fin Décembre, elle a presque complètement disparu; la cicatrisation de l'ulcération commencée par les bords se poursuit activement et la partie centrale de l'ulcération est maintenant coupée par une bande de cicatrisation.

L'état général reste normal.

Le 19 Janvier, l'ulcération est cicatrisée.

Elle se rouvre en Février. Série de Quinby.

Le Wassermann devient positif en Février et Mars 1929.

On continue le traitement par une série d'acétylarsan; un examen radiologique du thorax, en Janvier 1929, ne montre aucune lésion du médiastin postérieur; à noter cependant, un spasme très accusé au niveau de la partie inférieure de l'œsophage, en arrière de l'oreillette droite dont les battements sont nettement augmentés.

Depuis, la malade est traitée régulièrement. Actuellement la tumeur a complètement disparu sans laisser de noyaux.

La cicatrice de l'ulcération est normale.

Pas de signes de Basedow; les chiffres du métabolisme basal sont normaux.

Au foyer aortique, un deuxième bruit clangoreux.

Etiologie et Pathogénie

Nous avons déjà eu l'occasion de noter la rareté du tertiariisme au niveau du corps thyroïde.

Les lésions de cette glande sont beaucoup plus fréquentes au cours de l'hérédosyphilis, et Lancereaux a signalé dans les autopsies de nouveau-nés hérédospécifiques la fréquence des lésions du corps thyroïde consistant en altérations du stroma et de l'épithélium étouffant la sécrétion et très probablement à l'origine de certains myxœdèmes.

Pour Mendel, si la syphilis acquise se localise rarement au corps thyroïde, ce serait grâce à la présence des combinaisons iodées et arsénicales qui existent en plus grande quantité dans cette glande que dans le restant de l'organisme.

Il semble donc logique qu'une glande, antérieurement touchée, déjà malade, avec des sécrétions diminuées doive présenter un terrain plus favorable à l'infection spécifique.

Dans les vingt observations parues de syphilis tertiaire du corps thyroïde, nous avons relevé :

3 fois la notion d'un goitre antérieur ;

4 fois celle de crises de rhumatisme articulaire aigu.

Or, le rhumatisme articulaire aigu touche souvent le

corps thyroïde; on connaît bien les angines et les thyroïdites qui précèdent les localisations articulaires; il y a là un fait dont il faut tenir compte et dont on pourra tirer des conclusions thérapeutiques.

L'affection est plus fréquente chez les femmes : deux tiers des cas et surtout entre quarante et cinquante ans.

Faut-il en voir l'explication dans ce fait que la vie génitale de la femme est intimement liée à la sécrétion de la glande thyroïde ?

Puberté, menstruations, grossesses, ménopause, retiennent sur cette glande, la mettant en état de méiopragie et moins apte à résister à l'infection.

La cause déterminante est le tréponème que Feuillée a pu déceler dans la glande.

Par quelle voie le spirochète arrive-t-il à la glande ?

Pour certains auteurs, directement, par voie sanguine; d'autres, se basant sur l'extrême fréquence des lésions tertiaires des premières voies aéro-digestives, y voient là le point d'origine d'un syphilome qui, par invasion de proche en proche finit par atteindre la glande.

Quelques observations sont typiques, en particulier, une observation de Lecène, relatée dans la thèse de Mad. Monod.

Etude Clinique

La syphilis du corps thyroïde peut se présenter sous forme de syphilis héréditaire ou acquise.

Nous aurons surtout en vue dans cette étude, la forme acquise et en particulier la forme tertiaire scléro-gommeuse, mais voyons d'abord rapidement les autres formes.

Au cours de l'hérédité, il s'agit le plus souvent d'enfants morts nés chez qui l'autopsie, il y aura lieu de tenir compte de cette localisation pour rechercher l'origine de myœdèmes congénitaux ou tardifs; on voit de suite l'importance thérapeutique de cette recherche.

Dans la syphilis acquise, à la période secondaire, on a signalé des congestions thyroïdiennes qui sont peut-être dues au traitement autant qu'à la spécificité.

Période tertiaire, deux formes : gommeuse et scléro-gommeuse.

Dans la forme gommeuse exceptionnelle : tumeur dure, indolente, régulière, se développant lentement sans signes fonctionnels, et s'ulcérant en l'absence de traitement.

La forme scléro-gommeuse est plus fréquente : dix-sept

cas sur vingt observations; c'est la forme qu'a présentée notre malade.

Le plus souvent, chez une femme, au moment de la ménopause, apparaît une tuméfaction dans la région cervicale.

Cette tuméfaction se développe très rapidement avec des signes fonctionnels parfois très accusés : dyspnée, dysphagie, dysphonie.

Cette rapidité dans l'évolution, l'âge de la malade, les signes fonctionnels font presque toujours penser à une tumeur maligne de la glande.

Nous rappelons que chez notre malade, la tumeur atteignit en cinq mois le volume d'une banane.

A la période d'état les signes de l'affection sont à peu de choses près ceux d'un cancer thyroïdien et l'erreur de diagnostic a presque toujours été commise.

La tumeur est le plus souvent assez volumineuse pouvant atteindre les dimensions d'une tête de fœtus et plus, rarement médiane, elle prédomine le plus souvent d'un côté, située entre les sterno-cléido-mastoïdiens, au-dessus du sternum, et au-dessous de l'os hyoïde, d'aspect régulier ou bosselé.

Les téguments, le plus souvent d'apparence normale, peuvent présenter de la circulation collatérale.

A la palpation, on sent une tumeur dure, d'une dureté ligneuse, avec parfois des points ramollis.

Au début de l'évolution, cette tumeur est bien limitable,

mais bientôt l'inflammation dépasse la glande, gagnant les tissus avoisinants et le revêtement cutané et l'on ne sent alors qu'une masse dure à limites imprécises sur laquelle la peau ne glisse plus ou glisse mal, et souvent fusionnée avec l'appareil laryngotrachéal surtout si le syphilome primitif siègeait là.

La tumeur est le plus souvent douloureuse à la pression, rarement spontanément.

La recherche des ganglions carotidiens qui serait d'un gros intérêt pour le diagnostic est le plus souvent difficile, car la tumeur s'étend vers le sterno-cléido-mastoïdien masquant la chaîne carotidienne.

En tous cas, dans la syphilis tertiaire du corps thyroïde on ne doit théoriquement pas trouver de ganglions.

Les signes fonctionnels manquent rarement : trois fois sur vingt observations.

Il s'agit parfois de troubles très accusés ayant pu nécessiter une trachéotomie d'urgence (trois cas).

Dans les cas les plus accusés, on note :

Dyspnée pouvant aller jusqu'à l'asphyxie progressive ;

Dysphonie, raucité de la voix par paralysie récurrentielle ;

Dysphagie ;

Névralgies brachiales.

Il semble que ces signes fonctionnels soient moins dus

à la compression directe par la tumeur, qu'à l'envahissement même des tissus.

En tous cas, la trachéotomie sera toujours difficile et dans les trois cas où elle fut pratiquée, deux se sont terminés par la mort.

L'examen du larynx devra être pratiqué et pourra déceler des lésions spécifiques.

Avant l'apparition de la tumeur, notre malade n'avait jamais accusé de troubles de cet ordre, et peut-être faut-il penser à une hyperplasie réactionnelle devant un processus inflammatoire.

Enfin, on pourra retrouver des antécédents ou des stigmates de syphilis; un B. W. devra être fait; mais n'oublions pas que ces recherches peuvent rester négatives ainsi que le Wassermann : treize cas sur quinze.

Nous reverrons d'ailleurs en détail ces questions au diagnostic.

Diagnostic

Avec quelles affections risquera-t-on de confondre la syphilis tertiaire du corps thyroïde ?

On éliminera facilement, les goîtres simples, plus limités, ne présentant jamais la dureté ligneuse des formes sclérogommeuses, et ne s'accompagnant jamais de signes fonctionnels.

Le goître exophtalmique pourra donner lieu à des erreurs de diagnostic, non pas tant que l'on risque de méconnaître le Basedow, mais parce que l'on se contente de ce diagnostic et on passera à côté de la syphilis.

Nous avons vu par l'observation de notre malade que le premier diagnostic fut celui de goître exophtalmique ; or, la radiothérapie n'a pas donné chez elle les résultats qu'elle donne ordinairement.

D'autre part, d'après les travaux de Schulmann, la syphilis peut être à l'origine de maladie de Basedow et il a rapporté des cas de Basedow familiaux et conjugaux qui renforcent singulièrement son hypothèse.

Faut-il dire qu'au cours de tout Basedow, il faille rechercher systématiquement la syphilis ?

Certes non, mais chaque fois que l'on aura un doute, chaque fois que la maladie restera rebelle à la thérapeutique, on recherchera dans les antécédents, et dans l'état actuel les signes qui plaident en faveur de la spécificité.

Nous ne parlerons qu'à pour mémoire de la tuberculose thyroïdienne; il s'agit de tumeurs multiples moins dures s'accompagnant d'autres localisations bacillaires; il s'agit d'ailleurs là de faits absolument exceptionnels.

Pourra-t-on discuter le diagnostic avec la thyroïdite ligneuse chronique ou maladie de Riedel ?

Partant d'une série de treize observations, Riedel a donné son nom à un syndrome anatomo-clinique constitué :

Cliniquement, par une tumeur du corps thyroïde dure très dure tendant à envahir les tissus périglandulaires, s'accompagnant de lésions laryngo-trachéales et de troubles fonctionnels pouvant conduire jusqu'à la trachéotomie.

Pour cet auteur, les lésions primitives siègeraient dans les premières voies aériennes.

Anatomiquement, il s'agit non pas de lésions à type tumoral, mais de lésions à type inflammatoire aboutissant à la sclérose glandulaire avec altérations vasculaires dues à une infection syphilitique tuberculeuse ou de nature inconnue.

Dans la grande majorité des cas, on a pu déceler la syphilis et un traitement bien conduit a amené la guérison.

Il semble donc que dans la majorité des cas de maladie

de Riedel, il ne s'agisse que d'une modalité de la syphilis tertiaire du corps thyroïde.

Il nous faut parler également de l'affection signalée par Ricard, en 1901, à la Société de Chirurgie de Paris.

Cet auteur a rapporté trois observations de thyroïdite calleuse cancéroforme se présentant avec un ensemble de signes se rapprochant beaucoup des formes scléro-gommeuses de syphilis thyroïdienne :

Tumeur dure, dure comme de l'os ;

Evolution très rapide avec des signes de compression très marqués.

L'examen histologique ne montre pas de lésions tumorales, mais de fibrose inflammatoire.

Pas de récurrence après extirpation très difficile, en raison des adhérences multiples aux organes de la région.

De même, le phlegmon ligneux du cou de Reclus, mais là la ponction ramène du liquide ou du pus où l'on peut souvent reconnaître l'agent infectieux : bacille de Loeffler ; staphylocoque.

Il semble que dans ces affections qui sont à la limite des inflammations et des néoplasmes, la présence d'un agent étranger, d'un microorganisme soit capable de créer autour d'un tissu non seulement des tumeurs d'apparence sarcomateuse, malgré leur nature inflammatoire, mais encore de véritables néoplasmes.

Mais c'est avec les tumeurs du corps thyroïde et, en par-

ticulier les tumeurs malignes que le diagnostic clinique restera le plus malaisé, et pourtant on voit immédiatement toute l'importance d'un diagnostic correct.

A vrai dire, l'examen clinique nous offre peu de signes de différenciation et sur les vingt observations de syphilis tertiaire du corps thyroïde, la majorité (douze) fut étiquetée de prime abord : néoplasme du corps thyroïde.

L'âge n'offre aucun signe de différenciation ; c'est à peu près aux mêmes époques de la vie que la syphilis tertiaire et le cancer touchent le corps thyroïde ; les différences minimales signalées, ne peuvent entrer en ligne de compte.

Les signes physiques et fonctionnels sont communs aux deux affections.

Dans les deux cas, la tumeur est dure, infiltrée, douloureuse avec des signes de compression ou d'envahissement.

Seule la présence de ganglions serait un argument en faveur du cancer ; mais nous savons que leur recherche est difficile et d'autre part on a signalé leur existence au cours de la syphilis thyroïdienne.

La recherche des métastases néoplasiques sera d'un grand intérêt ; on connaît la fréquence des localisations secondaires à un néoplasme de la glande et on les recherchera soigneusement.

Quels sont donc les procédés à mettre en œuvre pour baser son diagnostic ?

Il y en a trois :

Recherche de la syphilis ;

Biopsie ;

Traitement d'épreuve.

Recherche de la syphilis. — Dans les antécédents, on pourra relever la notion de chancre ou d'accidents secondaires : roséole, plaques muqueuses, céphalée nocturne.

On recherchera si le malade a déjà été traité, on s'attachera soigneusement aux stigmates actuels : leucoplasie, adénopathies gommeuses ou cicatrices de gommeuses exostoses, lésions bucco-pharyngo-laryngées.

Dans huit cas sur vingt, on a pu décèler la syphilis par ce premier examen.

La réaction de B. W. serait d'un grand secours, mais dans la majorité des cas, elle est restée négative.

Il faudra alors user de la réactivation qui pourra faire réapparaître des réactions positives ; rappelons que notre malade vit son Wassermann devenir positif après quelques injections de cyanure.,

La biopsie par prélèvement d'un fragment de la tumeur, permettra l'examen histologique et en cas de syphilis ne montrera pas de lésions tumorales, mais des lésions de type inflammatoire avec sclérose glandulaire, altération des vaisseaux et du tissu intercellulaire.

Enfin, quand malgré tout, on n'aura pu arriver à un diagnostic précis, on tentera l'épreuve du traitement.

Il est certain que ce traitement donne un coup de fouet à des lésions néoplasiques, mais comme il s'agit de tumeurs ordinairement inopérables, il est juste de donner sa chance au malade.

Et en effet, le pronostic est totalement différent dans ces deux affections où les signes sont si près les uns des autres; et nous pensons que pour tout porteur d'un néo thyroïdien jugé inopérable, il y aurait toujours lieu de tenter le traitement antispécifique.

Nous nous sommes étendus plus longuement à dessein sur cette partie du diagnostic pour en montrer toute la difficulté et pour montrer que même en l'absence de signes certains de spécificité, il ne faudra pas se hâter de porter toujours un pronostic trop sévère.

Traitement

Le traitement restera médical dans la plupart des cas et devra toujours être un traitement énergique.

La thérapeutique antispécifique nous offre : l'iodure de potassium qui donne de bons résultats, mais il est nécessaire de l'employer à d'assez fortes doses : deux à quatre grammes et plus par jour.

Le traitement doit être surveillé de près, en raison des accidents possibles d'iodisme, en particulier au niveau des voies aériennes supérieures, œdème laryngé qui a pu conduire à l'asphyxie.

L'arsenic principalement sous forme de novarsénobenzol en débutant par 0,15 et montant progressivement jusqu'à 0,90 de façon à donner quatre à cinq grammes par série est un excellent médicament, et dès l'apparition des dérivés arsenicaux dans la thérapeutique, on a pu obtenir la disparition de tumeurs sur lesquelles l'iodure n'avait plus d'action.

Nous n'insisterons pas sur les accidents que peuvent provoquer les injections arsenicales ; ils sont peu fréquents et une bonne technique les rend encore plus rares.

Le mercure sous forme d'injections intraveineuses de

cyanure de mercure, peut être employé seul ou associé à l'arsenic.

Chez notre malade, la tumeur a fondu littéralement à la suite d'une seule série de dix injections de cyanure de mercure dosées à un centigr. et pratiquées tous les deux jours.

Le bismuth ne sera employé le plus souvent que comme médication d'entretien et non comme traitement d'attaque.

Le traitement chirurgical sera, soit la conséquence d'une erreur de diagnostic ou alors consistera en une intervention d'urgence (trachéotomie) en vue de pallier à une asphyxie menaçante.

Conclusions

- I. — La syphilis tertiaire du corps thyroïde est une maladie rare, mais il est probable que bien des cas restent méconnus, et qu'il y aurait intérêt à rechercher plus souvent la syphilis au cours des affections du corps thyroïde.
- II. — L'examen clinique ne donne pas de signe pathognomonique, et le diagnostic le plus délicat à éliminer sera celui de tumeur maligne de la glande.
- III. — La confusion avec le cancer étant la plus fréquente il faudra devant toute tumeur maligne du corps thyroïde, penser à la syphilis et la rechercher systématiquement.
- IV. — Même en l'absence de signes certains de spécificité, il faudra dans ce cas instituer un traitement d'épreuve.
- V. — Le pronostic de la syphilis tertiaire du corps thyroïde est bon en lui-même, et la tumeur ne résiste pas au traitement dans presque tous les cas.
- VI. — Le traitement restera médical : cyanure de mer-

cure et arsenic donnent les meilleurs résultats; l'iode de potassium et le bismuth seront des adjuvants.

Le traitement chirurgical n'est qu'un traitement palliatif dans des cas d'urgence.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

P. SÉBILEAU.

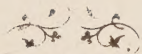
Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- 1874 LANCEREAUX. — *Traité de la syphilis*, p. 377.
1883 WOLFER. — *Arch. f. Klin. Chir.*, XXIX, p. 827.
1884 BARTH ET GOMBAULT. — *Progrès Médical*, p. 834.
1885 ZIEGLER. — *Anat. pathol.*
1886 JULLIEN. — *Maladies vénériennes.*
1890 MAURIAC. — *Syphilis primaire et secondaire*, p. 474.
1894 EWALD. — *Maladies du corps thyroïde.*
1901 BERGER ET RICARD. — *C. R. Soc. Chir. de Paris*, t. XX, p. 149-943.
1901 LYOT. — *In Le Dentu et Delbet.*
1906 MENDEL. — *Méd. Klin.*, Berlin, p. 833.
1911 ZOELLER. — *Thèse*, Lyon.
1911 SÉBILEAU. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, p. 1.303.
1912 LERICHE ET FONCET. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, p. 783.
1913 FAVRE ET SAVY. — *Lyon chirurgical*, p. 511.
1914 LENORMAND. — *In-9 agrégés.*
1918 SCHULMANN. — *Thèse*, Paris.
1922 MONOD. — *Thèse*, Paris.
1923 MONOD. — *Journal de Chir.*, juillet 1923.
1926 GATÉ ET ALOIN. — *Lyon Médical*, p. 648.
-



NUMER. - IMPRIMERIE M CHEVALIER



